

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 294

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR BÉRARD

Contribution à l'étude des Grands Prolapsus
des anus iliaques gauches
avec leur complication d'étranglement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 28 Janvier 1930.

PAR

LAM-NGOC-BAY

Ancien Médecin Indigène de l'Assistance de l'Indochine

Né le 5 Janvier 1902, à CAMAU (Indochine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GRANDS PROLAPSUS
DES ANUS ILIAQUES GAUCHES
AVEC LEUR COMPLICATION D'ÉTRANGLEMENT**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°294

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR BÉRARD

Contribution à l'étude des Grands Prolapsus
des anus iliaques gauches
avec leur complication d'étranglement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 28 Janvier 1930.

PAR

LAM-NGOC-BAY

Ancien Médecin Indigène de l'Assistance de l'Indochine

Né le 5 Janvier 1902, à CAMAU (Indochine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAYV
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, *président*; SANTY, *assesseur*;

CHALIER A. et ROCHET Ph., *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Il a su par son dévouement et ses
sacrifices me faire apprécier le goût
de la science occidentale.

A LA MÉMOIRE DE MA PETITE SŒUR
MADAME LAM-THI-LIEU

A LA MÉMOIRE DE MA FEMME
NÉE NGUYEN-THI-LANG

A MES BEAUX-PARENTS :
MADAME ET MONSIEUR NGUYEN-KHAC-XUONG
A BENTRE

A MON BEAU-FRÈRE, M. TRAN-VAN-DI
Chef de Canton et Propriétaire Foncier à Camau

A MA SOEUR, MADAME TRAN-VAN-DI
NÉE LAM-THI-HIEN

Je dois rendre hommage à cette sœur courageuse qui s'est imposé de lourds sacrifices depuis la mort de notre père pour mon éducation. Privé de son affectueux dévouement et de ses efforts continus, je ne serais jamais arrivé à être médecin Indigène de l'Assistance de l'Indochine et à parfaire mes études dans une faculté de médecine en France.

Qu'elle trouve ici avec mon beau-père, Monsieur Trân-vau-Di l'expression de ma profonde gratitude et de mes sentiments affectueux.

A MES TRÈS AFFECTUEUX FRÈRES ET A LEUR FAMILLE

MM. LAM-NGOC-BUT

Secrétaire des Résidences du Cambodge à Stungtremg

LAM-NGOC-CHUONG

*Commis-interprète des tribunaux de Cochinchine
devant le tribunal de Soctrang*

LAM-NGOC-DAM DIT DIEM

*Secrétaire des résidences du Cambodge
détaché à la Légation de France à Bangkok (Siam)*

A MON BEAU-FRÈRE ET A SA FAMILLE

M. TAN-QUANG-HUYEN

Propriétaire Foncier à Thanh-Phu

A MES ONCLES ET TANTES

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. L. BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale à Lyon

Officier de la Légion d'Honneur

Avant de quitter la France je tiens
à vous présenter l'hommage très res-
pectueux de ma profonde reconnais-
sance pour l'accueil que j'ai trouvé au
sein de votre famille, et pour le grand
honneur que vous m'avez fait en ac-
ceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE, M. HUYNH-VAN-PHAM

Inspecteur des écoles à Baclieu

A MES PROFESSEURS DE COLLÈGE A SAÏGON

MM. RÉNÉ GROS ET CAUBET

A M. LE DOCTEUR ARMAND DE RAYMOND

Professeur à l'Ecole de Médecine de Hanoï

Directeur local de la Santé du Tonkin

En hommage de ma reconnaissance
pour tout le bien qu'il m'a prodigué
pendant toute ma vie d'étudiant à
l'Ecole de Médecine de Hanoï.

A M. MALLET-GUY

Chef de Clinique Chirurgicale à Lyon

Il a bien voulu m'inspirer le sujet de
cette thèse et me prodiguer au cours de
son étude ses précieux conseils et ses
encouragements.

A M. LE DOCTEUR BOSC

*Chef des Travaux d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Montpellier*

Frère de M. Bosc, Résident Supérieur au Laos (Indochine)

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE HANOÏ (Tonkin)

M. LE DOCTEUR LEROY-DES-BARRES

Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Directeur local de la Santé du Tonkin
Directeur de l'Institut de Curiothérapie à Hanoï

M. LE DOCTEUR DEGORCE

Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Ecole de Médecine de Hanoï

M. LE DOCTEUR CASAUX

Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine de Hanoï
Directeur de l'Institut Ophtalmologique de Hanoï

M. FERDINAND DE FENIS DE LA COMBE

Docteur en Médecine, Docteur es-sciences

M. LE DOCTEUR POLIDORI

M. LAMBERT

Docteur en Médecine et Pharmacien de Première Classe

A M. JEAN LEPINE

Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon

A M. LE DOCTEUR FÉLIX BERARD

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

A M. LE DOCTEUR NOVEL

Radiologiste à l'Hôtel-Dieu

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES JUGES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GRANDS PROLAPSUS
DES ANUS ILIAQUES GAUCHES
AVEC LEUR COMPLICATION D'ÉTRANGLEMENT

Introduction

La plus fréquente des complications des anus iliaques gauches est le prolapsus qui peut atteindre des dimensions considérables.

Le premier travail d'ensemble que nous avons retrouvé sur cette question est la thèse de Géraud (Paris, 1902). Il rapporte 28 cas de prolapsus, parmi lesquels il précise sept prolapsus du bout supérieur, cinq seulement au niveau du bout inférieur, enfin huit cas mixtes.

En 1909, MM. Bérard et Chalié présentent un cas de prolapsus d'anūs iliaque gauche. Ils en indiquent les causes favorisantes et les moyens de traitement précis en ce qui concerne le bout supérieur prolapsé.

En 1919, Mercier ajoute à cette étude sa thèse où il s'étend plus particulièrement sur les formes anatomiques du prolapsus, son étranglement et son traitement.

Sur l'inspiration de notre maître, M. le Professeur Bérard, MM. Mallet-Guy et Heitz en publient un nouveau cas en 1928.

Et tout dernièrement, MM. Mallet-Guy et Etienne-Martin ont rapporté une étude d'ensemble de la question qu'ils basent sur sept observations recueillies à la clinique du Professeur Bérard. Exposant les idées de notre maître, ils ont pu établir d'une façon précise l'étiologie de ces grands prolapsus. Ils ont pu revoir la plupart des malades porteurs d'anüs contre nature à la clinique de M. le Professeur Bérard et noter les différents types anatomo-pathologiques des grands prolapsus des anus iliaques gauches et noter leurs complications.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie Pathologique

Suivant le degré du prolapsus, on distingue deux types :

1° Le prolapsus muqueux ou partiel ;

2° Le prolapsus complet.

Nous étudierons successivement chacun de ces types et nous envisagerons par la suite leurs complications.

PROLAPSUS MUQUEUX

La muqueuse intestinale repose sur un tissu sous-muqueux assez lâche pour lui permettre, on le sait, un glissement facile. L'éversion de la muqueuse est donc fréquente au niveau de l'orifice de colostomie iliaque gauche. Elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet annulaire rouge vif. Plus tard, sous l'influence des mouvements péristaltiques, de la pression abdominale ou d'une cause extérieure quelconque, cette muqueuse sort davantage de l'orifice et

nous donne la même impression que la doublure trop longue ou mal cousue d'une manche d'habit.

Quelquefois, l'éversion est observée sur une partie de la circonférence anale. Mais dans la majorité des cas, c'est la muqueuse de tout l'orifice qui est sortie au dehors.

PROLAPSUS TOTAL

A un degré plus avancé, c'est-à-dire quand la muqueuse intestinale sort davantage, il se forme un véritable cylindre. Le prolapsus se constitue par évagination de l'intestin au dehors.

Le malade se présente avec un véritable boudin extériorisé dont la longueur varie de trois à quinze centimètres. Ce boudin est obliquement dirigé en dedans et en bas dans la région du pli de l'aîne. Il est plus ou moins volumineux, plus ou moins enflammé. Il est rouge et suintant. La muqueuse intestinale est lisse, recouverte de mucus blanchâtres, présentant par places de nombreuses saillies dues à la formation de kystes d'origine glandulaire. L'extrémité inférieure du boudin est incurvée et présente un orifice. Il faut noter que cet orifice est continent et ne livre pas passage à des matières. Dans les cas que nous avons observés et qui correspondent à des prolapsus du bout colique inférieur, on note, en examinant, qu'il existe un deuxième orifice dans le sillon supérieur qui se creuse entre la peau et le prolapsus. C'est celui du bout supérieur et c'est par là que se fait l'issue des matières fécales.

L'intestin sort par l'orifice de colostomie avec tou-

tes ses tuniques. C'est le prolapsus à deux cylindres, situés tous deux hors de l'abdomen.

La surface externe du cylindre externe est représentée par la muqueuse de l'intestin, recouverte de mucus, irritée et enflammée. La surface interne est la séreuse intestinale adossée à la séreuse du cylindre interne. Le diverticule péritonéal qui lui sert de gaine n'est pas symphysé et permet aisément la réduction du prolapsus.

Il semble souvent qu'on trouve associée à cette lésion une autre qui paraît accessoire. Mais en réalité celle-ci est constante et primordiale. C'est l'éventration. Géraud, dans sa thèse, cite l'éventration comme une des causes du prolapsus de l'anus artificiel et la considère pourtant comme secondaire. Tout autour de l'anus artificiel le doigt permet de constater un affaissement net et limité de la paroi abdominale. Cette sensation n'est pas due à l'impression de dépressibilité, de faiblesse de la cicatrice qui, de part et d'autre de l'orifice accuse l'incision pratiquée. C'est bien un véritable effondrement autour de l'orifice de la paroi musculaire. Celle-ci semble en réalité frappée d'atrophie sur une étendue d'ailleurs assez limitée. Le prolapsus se dresse donc sur une élevation pariétale qui s'arrondit en dôme. Il se tend dès que l'on demande au sujet de contracter sa sangle abdominale.

COMPLICATION : PROLAPSUS ÉTRANGLÉ

Pendant longtemps ce prolapsus restera réductible et des manœuvres souvent, d'ailleurs pénibles à prolonger, pourront rentrer les cylindres intestinaux éva-

ginés. Mais un jour cette réductibilité peut disparaître. Le prolapsus augmente, devient considérable. Il présente de l'œdème des parois intestinales et des signes d'inflammation. On note les phénomènes classiques qui caractérisent l'étranglement.

Le mode d'étranglement est intéressant à étudier. Nous pouvons distinguer deux cas :

Dans le premier cas, exceptionnel d'ailleurs, une anse grêle a pu se glisser entre les deux cylindres emboîtés à frottement du prolapsus signoïdien et s'est étranglée à la façon d'une hernie qui se complique d'étranglement dans son sac. Cette complication est très grave. Elle se voit moins rarement dans l'évolution des prolapsus cœcaux ou iléaux que dans celle des prolapsus signoïdiens. Géraud cite dans sa thèse un cas de hernie de l'intestin dans l'intestin retourné observé par Gosset. Cette complication est vraiment très rare, mais quand elle existe, nous devons envisager les conséquences qui en découlent : c'est l'occlusion intestinale accompagnée du cortège de signes d'origine péritonéale.

Le deuxième cas est celui qu'on observe couramment. Toutefois, comme nous allons voir plus loin, il n'y a pas à proprement parler d'étranglement vrai. Le terme « prolapsus étranglé » d'un anus iliaque gauche est un terme consacré, mais qui semble impropre en la circonstance et comparable à celui, également classique, d'hémorroïdes étranglées.

Anatomiquement, il n'y a pas d'anse étrangère interposée et étranglée entre les deux cylindres. Cliniquement, nous verrons que le tableau symptomati-

que est loin d'être celui d'un étranglement vrai. A l'opération, quand il s'agit d'un « prolapsus étranglé », après incision du cylindre externe, qui est violacé, œdédié, on constate que le bout inférieur éva-
giné dans le premier cylindre ne présente en réalité aucune lésion. Le cylindre interne n'est pas œdédié. Au niveau de l'orifice d'entrée dans le sac qui constitue le prolapsus, on ne voit aucun sillon d'étranglement. D'ailleurs, il ne peut exister d'anneau serré qui puisse étrangler l'intestin, du moment que la paroi abdominale présente constamment un affaiblissement réel siégeant autour de l'anus contre nature. Il s'agit bien plutôt de phénomènes inflammatoires, d'œdème, de stase veineuse liés à l'infection. Le prolapsus devient alors volumineux, douloureux et rend impossible la manœuvre de réduction. Ces phénomènes inflammatoires peuvent survenir d'une façon lente ou subite à l'occasion d'un effort violent chassant une partie plus considérable de l'intestin à travers l'orifice de l'anus artificiel. Cory compare à ce moment la muqueuse intestinale à celle du prépuce d'un ancien paraphimosis sectionné.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

Dans sa thèse, Géraud invoque comme causes favorisantes du prolapsus des anus iliaques gauches des facteurs assez disparates :

1° Accidents d'origine psychique : dans ce cas, dit-il, le malade est tourmenté par la présence d'une infirmité. Souvent il pratique des manœuvres peu louables pour pouvoir amener l'obturation de l'orifice de colostomie.

2° Accidents d'origine infectieuse : c'est l'érythème, les ulcérations, l'érysipèle et aussi le phlegmon stercoral.

3° Accidents d'ordre mécanique : l'hypertrophie de l'éperon, l'atrophie du bout inférieur, le prolapsus de la muqueuse, la rétraction de l'épiploon et du mésentère, l'éventration, le prolapsus de l'intestin et l'occlusion intestinale. Géraud admet que l'éventration est rare.

Mercier s'arrête, lui aussi, très peu comme Géraud

sur l'étiologie de ces grands prolapsus. Il fait intervenir une laxité anormale des moyens de suspension de l'intestin et la faiblesse de la paroi abdominale.

Le siège de l'orifice de colostomie, admet Mercier, a une certaine importance. Il croit qu'en général le prolapsus est d'autant plus à craindre que l'anus artificiel siège plus haut et plus près de la ligne médiane et que l'anus a un diamètre plus large.

M. le Professeur Bérard, en 1909, constata que les conditions favorisantes de la production des grands prolapsus des anus iliaques paraissaient mal étudiées par les auteurs.

Pour MM. Bérard et Chalier, en dehors de la largeur anormale de l'orifice de colostomie, il faut envisager deux facteurs qui semblent surtout intervenir dans la production du prolapsus :

1° *Longueur du méso.* — Le plus important de ces facteurs est la longueur du méso. Plus celle-ci est grande, plus le prolapsus se produit facilement. Cette notion est d'ailleurs nettement précisée par Allingham, Gangolphe, Le Dentu.

2° *Faiblesse de la paroi abdominale.* — M. le Professeur Bérard proposait donc de tirer au maximum

Sur le bout supérieur de l'S iliaque, d'employer, pour fixer l'intestin et le méso, soit le procédé de la double ligature de Gangolphe, soit la colopexie, de restreindre le plus possible l'orifice de colostomie et d'avoir la paroi constituée à trois plans de part et d'autre. L'ouverture retardée de l'anus assurera l'asepsie des sutures et la solidité des parois.

Reclus accorde beaucoup d'importance à la grandeur de l'orifice de colostomie.

Actuellement, il semble que la question puisse être examinée sous un jour différent. Autrefois les prolapsus que l'on constatait au niveau des anus iliaques gauches étaient essentiellement des prolapsus du bout supérieur. Or, grâce aux précautions de technique que nous venons de râcler et sur lesquelles avait insisté M. le Professeur Bérard, cette complication a pratiquement disparu. Il ne reste plus actuellement que le prolapsus du bout inférieur. C'est ce type seul que nous allons décrire dans un chapitre.

Le bout supérieur a été solidement fixé au moment de l'opération, le méso a été attiré au maximum ; ce n'est vraiment qu'au niveau du bout inférieur que le prolapsus peut se produire. Les mouvements péristaltiques évidemment ne jouent aucun rôle. Il faut faire intervenir un facteur étiologique qui nous semble jouer un rôle de toute première importance. *C'est le port d'un appareil à poche de Reverdin.* Les malades que MM. Mallet-Guy et Etienne-Martin ont eu l'occasion d'observer à la clinique du Professeur Bérard se classaient en deux catégories suivant qu'ils étaient ou non porteurs d'appareil. Les uns se contentaient d'une ceinture, présentaient un orifice de colostomie parfait, les autres qui avaient appliqué sur leur anus l'appareil de Reverdin présentaient un prolapsus.

Ce prolapsus nous apparaît constant chez les malades porteurs de cet appareil. Quel est donc le mécanisme de la constitution du prolapsus ? Au début, il y a comme aspiration, ventousage. La couronne de caoutchouc attire en bloc la paroi abdominale qu'elle emprisonne.

Chez les sujets à paroi abdominale flasque et relâchée on observe une sorte d'éventration en dôme déterminée par la couronne de caoutchouc de l'appareil. Cette même aspiration attire en dehors les anses abouchées à la peau. L'anse supérieure, qui est fixée, ne se prolabe pas ou peu ; mais le bout inférieur du sigmoïde se déplisse peu à peu et le prolapsus se constitue chaque jour davantage à ce niveau. Il va s'étrangler ou plutôt s'enflammer parce qu'il y a infection, frottements constants dans l'appareil et souvent absence de soins de la part des malades.

Un cas un peu particulier nous semble constitué par l'observation que nous avons retrouvée dans le mémoire que M. le Professeur Bérard consacra, avec M. Chalié, à cette question : l'anus artificiel avait été pratiqué en vue d'une amputation secondaire du rectum par voie périnéale et c'est le lendemain de cette seconde intervention que se produisirent simultanément étranglement et prolapsus. Dans ce cas, les considérations pathogéniques que nous avons développées ne cadrent pas avec les faits : il ne s'agit pas d'un prolapsus lentement et progressivement constitué à l'abri d'un appareil de Reverdin, mais d'un prolapsus aigu en rapport évidemment avec l'intervention pratiquée la veille. C'est sans doute aux phénomènes inflammatoires qui suivent toute intervention ouvrant le péritoine, à l'iléus paralytique post-opératoire, que se rattache le mécanisme d'apparition du prolapsus. De même, l'on voit se gonfler et se tendre une hernie inguinale dans l'évolution d'une péritonite mesurant à la manière d'un manomètre la pression intra-abdominale.

CHAPITRE III

Symptomatologie

I. — PROPLAPSUS MUQUEUX OU PARTIELS

On note un repli rougeâtre se montrant nettement au moment des efforts de la défécation ou à l'occasion d'une toux. Ce bourrelet se réduit facilement et souvent il passe pour inaperçu. Quand il augmente d'épaisseur, il est long de trois à quatre centimètres, rouge, recouvert de mucosités visqueuses. Il présente un grand nombre de plis irréguliers, séparés par des sillons plus ou moins profonds. La muqueuse se continue sans interruption avec la peau qui limite le pourtour de l'orifice de colostomie. Au centre de cette tumeur, on distingue un orifice étroit, laissant passer encore les matières fécales. A ce stade le prolapsus n'est nullement gênant pour le malade.

II. — PROLAPSUS TOTAL OU PROLAPSUS CONSTITUÉ RÉDUCTIBLE

A cette période, le prolapsus présente un aspect variable suivant le point de l'intestin où a été établi

l'anus contre nature, suivant que l'intestin a ou n'a pas été complètement sectionné lors de l'opération en vue de l'établissement de l'anus artificiel. Le cas que nous étudions est celui de l'anus artificiel pratiqué sur l'S iliaque.

Le prolapsus se présente au clinicien sous la forme d'un boudin rougeâtre présentant un grand nombre de plis. La muqueuse intestinale éversée se continue avec la peau sans en être séparée par aucun sillon. En un point de la périphérie, on trouve un orifice après avoir écarté la muqueuse du bout intestinal non prolabé. Pendant longtemps le prolapsus reste réductible. Lorsque les deux bouts de l'intestin sont prolabés, l'on note la présence de deux boudins accolés de l'anus, qui sortent en divergeant.

D'après quatre observations de prolapsus du bout inférieur, nous avons constaté que les malades se sont contentés de signaler la présence du prolapsus sans en demander le traitement. La défécation se fait d'une façon normale. Elle n'est pas douloureuse. L'infirmité d'ailleurs est dissimulée par l'appareil à poche de Reverdin.

Mais quand le bout supérieur est en cause, d'après la plupart des auteurs, non seulement la défécation est douloureuse, mais la muqueuse intestinale, à cause des frottements dus au passage des matières, s'enflamme et on note ainsi la douleur plus ou moins vive. Ces frottements peuvent déterminer des hémorragies d'abondance variable.

III. — PROLAPSUS ÉTRANGLÉ

S'il s'agit de prolapsus du bout inférieur, les malades sont vaguement inquiets de l'aspect inaccoutumé qu'a pris leur prolapsus. La complication restera d'ordre local et n'entraînera, en particulier, aucun signe d'obstruction intestinale. Tout se passe en dehors du ventre. Il n'y a pas de température, pas de signes de réaction péritonéale. Les malades viennent à l'hôpital et ne veulent pas garder le lit. Tout ceci montre bien que ce n'est point là accident d'étranglement vrai, mais seulement inflammation, œdème, congestion de la tunique muqueuse extériorisée du cylindre externe. L'évolution semble assez lente, mais aboutirait sans doute à des lésions gangréneuses avec les complications péritonéales que l'on peut supposer.

Ce tableau clinique est celui de l'étranglement du bout inférieur. Il est entendu que les signes seraient tout différents s'il s'agissait d'un prolapsus du bout supérieur qui s'accompagnerait alors d'occlusion dès qu'il serait étranglé ou encore d'une hédrocèle étranglée. C'est ainsi que, dans sa thèse, Mercier parle d'occlusion intestinale due à l'étranglement du prolapsus. On noterait arrêt des matières, des gaz, un ballonnement abdominal, du tympanisme, une accélération du pouls, une élévation de température et un fasciès péritonéal.

C'est évidemment un tableau clinique qui ne rappelle en rien celui sur lequel nous venons d'insister et qui permettra de faire le diagnostic de la lésion.

CHAPITRE VI

Traitement

L'étude de ce chapitre est singulièrement facilitée par la possibilité d'un traitement préventif et d'un traitement curatif qui sont tous deux très simples.

1° TRAITEMENT PRÉVENTIF

Le traitement préventif est d'une très grande efficacité. Pathogéniquement, le prolapsus de l'anus artificiel doit, nous l'avons vu, être assimilé à une éventration. Son traitement préventif sera donc essentiellement celui de l'éventration.

En premier lieu, il sera constitué par les précautions de technique, d'ailleurs parfaitement classiques: incision de la fosse iliaque par dissociation musculaire, réalisant à gauche un Mac Burney. Cette incision sera petite, réservée uniquement à la confection de l'anus et devra, si l'on veut explorer la cavité pulvienne, être précédée par une laparatomie médiane.

Le procédé décrit par M. le Professeur agrégé San-

ty nous semble particulièrement intéressant pour consolider encore la paroi au niveau de la colostomie: le pont de crins destiné à réaliser l'éperon fixant solidement et étroitement et définitivement entre les deux orifices intestinaux les deux lèvres de l'incision musculo-aponévrotique.

Ceci dit, il nous semble bien qu'il n'existe qu'un seul traitement préventif du prolapsus : supprimer l'appareil à poche de Reverdin ; et nous croyons que cette notion s'est déjà imposée à beaucoup de chirurgiens. On a bien proposé d'assujettir à l'orifice de la poche de caoutchouc une grille métallique. Nous n'en sommes pas partisans, car cette grille présente de nombreux inconvénients. Tout d'abord, elle est interposée dans l'appareil à une certaine distance de la paroi abdominale ; elle ne supprime pas complètement l'aspiration en dôme ; elle empêchera seulement le prolapsus de devenir volumineux et de se dérouler complètement. En second lieu, elle est amovible et doit être nettoyée. Les malades, surtout s'il s'agit de la classe populaire, n'ont ni la patience, ni l'attention suffisante pour la nettoyer souvent, et bien vite ils l'enlèvent définitivement. Nous avons vu que la plupart des opérés, dont l'appareil possédait une grille, l'avaient enlevée, ce qui semble bien indiquer qu'il faille aussi en prohiber l'emploi.

Il ne faudra donc point mettre l'appareil collecteur. Si l'on fait un anus dans de bonnes conditions, il est rapidement continent. Nous avons toujours employé et vu employer à la clinique du Professeur Bérard, l'anus à pont de crins suivant la méthode de

Santy. Au bout de quelques semaines, il est bien continent. Les malades arrivent à se régler facilement, se changent une fois ou deux par jour. Une ceinture banale maintient au devant de la colostomie une lame de coton. M. Mallet-Guy a fait confectionner une ceinture abdominale un peu particulière présentant, au-dessous de l'orifice de colostomie une petite pelote insufflable utile en cas de diarrhée.

Nous sommes donc d'avis de proscrire formellement l'appareil à poche genre Reverdin dont le succès ne peut être imputé qu'à l'habitude acquise des bandagistes qu'il est extrêmement difficile de modifier et à la mentalité spéciale des opérés qui cherchent, comme tous les infirmes, à pallier à leur infirmité par un grand luxe d'appareils, généralement plus gênants et plus dangereux que l'infirmité elle-même.

II. — TRAITEMENT PRÉVENTIF

Existe-t-il un traitement du prolapsus constitué ? L'indication opératoire doit être discutée en se basant, d'une part, sur la nature de l'affection causale, et, d'autre part, sur les caractères du prolapsus.

Il est bien évident que ne seront justiciables d'un traitement que les malades dont l'affection n'est pas fatale à plus ou moins brève échéance. C'est ainsi que l'on n'opère pas des sujets porteurs de néoplasmes du rectum récidivants ou arrivés à la phase terminale. D'autre part, ne seront pas justiciables immédiatement d'un traitement opératoire les prolapsus par simple éversion de la muqueuse.

L'indication d'opérer est évidemment formelle

lorsque le prolapsus est étranglé. Abandonnée à elle-même, la lésion évoluera vers le sphacèle, la gangrène de l'anse évaginée devant entraîner des complications septiques graves.

Cependant, comme nous l'avons vu, il ne s'agit pas d'une indication d'urgence ; on peut espérer une rétrocession de l'inflammation. Il faut donc attendre, essayer de réduire le prolapsus par de simples manœuvres de refoulement, puis le maintenir par une ceinture qui permettra parfois à l'orifice de revenir définitivement sur lui-même et de ne plus laisser passer l'évagination. Mais, si le prolapsus est irréductible, on se trouve obligé de le réséquer. C'est le cas habituel dans les prolapsus dits étranglés. Et deux techniques sont à la disposition du chirurgien : la résection intra-abdominale, la résection extra-abdominale.

La résection *intra-abdominale* s'inspire des principes qui guident la cure intra-péritonéale des anus contre-nature : ouvrir le ventre à distance de l'orifice intestinal, passer en territoire libre, extérioriser le médaillon ainsi libéré, réséquer l'anse herniée à l'entrée dans le prolapsus et fixer à la peau la tranche de section. Cette technique, théoriquement satisfaisante, n'a pas été, à notre connaissance, pratiquée, et, dès sa première intervention, M. le Professeur Bérard a préféré l'opération extra-abdominale qui aborde le prolapsus comme une hernie : si elle est moins séduisante pour l'esprit, elle assure aux malades des garanties infiniment plus grandes.

MM. Bérard et Chalier ont d'ailleurs précisé les

indications des interventions larges, à ciel ouvert, intra-péritonéales : en premier lieu, lorsqu'on voudra non seulement supprimer le prolapsus, mais aussi faire la cure radicale de l'anüs contre-nature ; en second lieu, lorsque le prolapsus sera compliqué d'hédrocèle.

En tout cas, dans les anus iliaques gauches définitifs dont nous avons présenté les observations, il nous semble que la résection *extra-abdominale* devait bien, sans discussion, être exclusivement employée.

On sectionne, après désinfection aussi minutieuse que possible, le prolapsus à sa base, on coupe la muqueuse et les parois du manchon extérieur. On entre alors dans la cavité péritonéale, qui se prolonge en diverticule dans le prolapsus, et l'on aborde l'anse qui monte à son intérieur. On la sectionne économiquement : elle n'est pas étranglée. On a l'impression d'une opération septique et très redoutable, puisque l'on arrive dans la cavité péritonéale à travers l'incision d'une muqueuse infectée. En réalité, l'opération est très bénigne, et les suites opératoires, bien qu'il s'agisse d'une opération à chaud, sont excellentes.

Cependant des précautions doivent être prises :

1° Faire correctement l'hémostase du méso pour éviter les hémorragies secondaires éventuelles ;

2° Fixer l'anse évaginée à la paroi ;

3° Faire sur cette anse une ligature à la soie qui tombera par la suite, mais qui permettra aux adhérences de s'établir sans que les sécrétions muqueuses viennent souiller la plaie ;

4° Enfin resserrer par quelques points la brèche pariétale.

Dans ces conditions, l'anse reste en place. Le péritoine est vite cloisonné et si, localement, dans les jours qui suivent, on voit se produire des phénomènes de sphacèle au niveau de la plaie, mais sphacèle très superficiel sans réaction générale, l'évolution clinique est cependant bonne. Il n'y a pas de réaction thermique pas de signes généraux, pas même d'arrêt des matières et des gaz, si bien que l'on doit constiper, durant plusieurs jours, les malades, sous peine d'inondation de la plaie opératoire.

Ce type d'intervention ne vise qu'un des éléments du prolapsus. Il reste encore une grande faiblesse de la paroi abdominale. Là se pose alors la question suivante : en même temps que la cure du prolapsus, faut-il refaire la paroi ? Nous ne le croyons pas. Cela supposerait une opération faite très largement, cherchant à ouvrir le péritoine, opération théoriquement logique, mais beaucoup plus grave. La plaie serait fatalement infectée, inondée de matières avant la cicatrisation complète, et les suites, par conséquent, beaucoup plus redoutables sans que le but soit par ailleurs atteint. Le secret de la cure du prolapsus de l'anus iliaque gauche réside dans le fait que l'acte opératoire reste enclos dans le prolapsus lui-même : opération fatalement septique, elle reste confinée dans son milieu. Elle ne va pas inoculer les territoires voisins, diffuser l'infection dans une zone qui n'est pas, depuis longtemps, vaccinée contre elle.

L'intervention, en cas de prolapsus étranglé du

bout inférieur doit donc rester extra-péritonéale, voulant dire par là, en dehors du grand péritoine, plus exactement, extra-abdominale. Il faudra réséquer le prolapsus, ne pas chercher davantage.

En cas de prolapsus non étranglé, si l'on se trouve en présence d'une paroi abdominale faible, on peut être amené à discuter le cerclage complémentaire à la cure du prolapsus, puisque, nous l'avons dit, le traitement, lors de l'intervention de l'éventration concomitante, semble risqué. Nous croyons qu'il peut rendre des services à condition d'être pratiqué à une certaine distance de la colostomie, en tissus non infectés.

On pourrait discuter encore d'autres indications du cerclage :

Dans un prolapsus observé au début de son évolution, le cerclage n'est pas nécessaire. Nous croyons que la suppression de l'appareil de Reverdin, le port d'une simple ceinture suffira à tout remettre dans le droit chemin.

Dans un prolapsus constitué, mais réductible, à la rigueur on peut employer cette méthode de traitement seulement si l'état général, la nature de l'affection dont est porteur le sujet interdisent la cure opératoire du prolapsus. Il faudra prendre garde à ne pas trop rétrécir l'orifice de colostomie, pour ne pas créer un anneau rigide et étroit dans lequel viendrait, à la première occasion, s'étrangler, et cette fois sans abus de langage, le prolapsus.

En principe, nous croyons qu'étranglé, enflammé ou non, tout grand prolapsus constitué est justiciable

d'une intervention radicale. Les réserves générales que nous avons posées sont maintenues. Les suites immédiates de cette intervention seront d'autant plus simples que la région sera moins infectée. Les suites éloignées seront bonnes. Aucune récurrence vraie ne sera possible puisque toute la portion libre du sigmoïde aura été réséquée. Seule persistera l'événement qui accompagne et précède toujours pathologiquement, croyons-nous, le grand prolapsus du bout inférieur des colostomies iliaques gauches.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

(MM. MALLET Guy et Etienne MARTIN, Lyon.

Journal de Chirurgie, T. XXXIV, N° 3, septembre 1929)

Femme, 58 ans. — Il s'agit d'une malade opérée en août 1922 d'une tumeur du rectum, à l'hôpital de la Croix-Rousse par le docteur Fayol (Service du Professeur Patel)

Dans un premier temps, on fit un anus contre nature, iliaque gauche, et, dans un deuxième temps, l'amputation du rectum. Depuis, l'évacuation des matières s'effectue régulièrement par l'anus artificiel, muni d'un appareil de Reverdin. L'état général de la malade s'est bien amélioré, elle n'a plus aucun trouble digestif. Elle vient presque tous les ans suivre la visite du Professeur Bérard. Elle continue son travail de garde-barrière.

Actuellement l'examen de l'abdomen montre un anus contre nature iliaque gauche présentant deux orifices placés l'un au-dessus de l'autre. Ils sont séparés par un pont cutané de quelques centimètres ; il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, ni du bout supérieur, ni du bout inférieur, mais seulement éversion des muqueuses et affaiblissement très net de la paroi abdominale, éventration facilement réductible.

OBSERVATION II

(JEANNEL et P. CASTAING, in *thèse* de Géraud, 1902)

Homme de 50 ans. — Atteint d'une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, traitée à plusieurs reprises par l'incision puis par une attaque directe par la voie sacrée (Procédé à double volet du professeur Jeannel). Pour permettre la cicatrisation de la plaie, on fait un anus iliaque par le procédé de Maydl Reclus, le 11 octobre 1892.

Au bout de quelques mois, il se fait une procidence de 11 centimètres de muqueuse. Croyant à un prolapsus, M. Jeannel essaie de pratiquer une colopexie qui ne donne aucun résultat. On pratique alors dans la même séance opératoire, la résection de la muqueuse éversée.

Guérison définitive.

OBSERVATION III

(MALLET et E. MARTIN, *Journal de Chirurgie*.

Tome XXXIV, N° 3, septembre 1929)

Prolapsus réductible

Homme, 67 ans. — Entré à la clinique du Professeur Bérard en mars 1926, il présentait depuis trois ans un syndrome hémorroïdaire avec sang rouge dans les selles. A été opéré il y a cinq mois à Paris : on lui aurait fait une amputation du rectum. Le résultat opératoire aurait été peu satisfaisant ; il aurait continué à présenter un syndrome d'incontinence rectale avec hémorragies. L'état général est bien conservé. Le toucher rectal montre une induration de toute l'amputation rectale, sans tumeur végétante.

Le 30 mars 1926, intervention (Docteur Creyssel) anus iliaque gauche, avec éperon sur crins de Florence, suivant la technique habituelle. Le 2 avril, ouverture de l'anus, le malade quitte le service quelques jours après, nanti d'un appareil de Reverdin.

En janvier 1929, le malade n'est pas revenu à la consultation, mais il répond au questionnaire que nous lui envoyons.

L'intestin est prolabé de trois centimètres, il n'y a pas eu d'accidents d'étranglement.

OBSERVATION IV

Femme, 63 ans, entrée le 30 mars 1925 pour hémorragies rectales. Pas d'antécédents, sauf coliques hépatiques il y a une vingtaine d'années. Début de l'affection, il y a un an environ (hémorragies colorant les selles, phénomènes subocclusifs). A l'examen, au bout de doigt on sent une tumeur qui semble provenir du colon pelvien. Les 21 avril, anus iliaque gauche, mise en place d'un tube de Paul ; il n'est pas possible d'extérioriser le colon, son méso étant trop court.

Le 23 mai (Professeur Bérard), amputation périnéale du rectum.

Le rectum se décolle facilement et, après ouverture du Douglas, on procède à la section de l'intestin après fermeture du bout proximal entre deux pinces. Bonnes suites opératoires. L'examen de la pièce montre que la tumeur est dépassée de 2 cc 1/2, le 19 août, réintervention (Docteur Wertheimer) la malade présentant un décollement pyo-stercoral sous la paroi de la fosse iliaque gauche, on fend de bout en bout ce décollement et on peut constater qu'il est en rapport avec le fonctionnement défectueux de l'anūs iliaque. L'intestin fixé à la paroi et toute la fosse décollée est laissée largement ouverte.

Au toucher rectal, pas de récive. En janvier 1929, la malade répondant au questionnaire que nous lui envoyons, déclare que son prolapsus est de 7 cm, et ne présente pas d'accidents d'étranglement. Port d'un appareil de Reverdin.

OBSERVATION V

Femme, 34 ans. —Entre à la clinique en novembre 1926. Pas d'antécédents pathologiques notables. L'affection qui l'amène se serait manifestée il y a six mois (épreintes et ténésme rectal, émission de glaires sanglantes, constipation ordinaire). A l'examen, bon état général, bien qu'amaigrissement certain. Au toucher rectal, le doigt s'introduit dans une tumeur annulaire, avec une collerette de petites nodosités qui

appartiennent à une base commune occupant toute la conférence de la lumière rectale, assez près de l'orifice anal. La tumeur est relativement mobile.

13 novembre 1926, biopsie et examen histologique (Docteur Dunet) : adéno-épithéliome cylindrique très typique.

2 décembre 1926, intervention (Docteur Guilleminet) : anus iliaque gauche définitif sur éperon de crin. On pratiquera ultérieurement par voie basse l'extirpation du rectum et de la tumeur.

18 décembre 1926 : amputation périnéale du rectum.

17 janvier 1927 : la malade rentre chez elle, ayant eu de bonnes suites opératoires, munie d'un appareil de Reverdin.

Revue par la suite en excellent état local et général. Il existe un prolapsus complet au niveau de l'anus iliaque, de 15 centimètres environ, qui ne gêne que peu la malade.

OBSERVATION VI

(SOULIGNOUX, in thèse de Géraud, Paris 1902)

Anus contre nature iliaque gauche, établi pour cancer du rectum. — Double éversion de l'intestin. — Section du prolapsus. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 50 ans environ qui entra dans le service du Professeur Tillaux pour s'y faire opérer d'un cancer du rectum. M. Souligoux lui fit un anus iliaque par le procédé de Maydl. Reclus qu'il modifia en faisant la section complète de l'intestin dont il accola les deux bouts en canon de fusil. Quelques temps après, il se produisit une éversion des deux bouts de l'intestin sectionné, sur une longueur de quinze centimètres.

Opération. — On sectionne en long chaque cylindre intestinal prolapsé de façon à le diviser en deux valves ; les vaisseaux sont liés au fur et à mesure, puis les deux valves sont sectionnées au ras de l'orifice artificiel et on suture la muqueuse à la paroi abdominale.

Guérison.

OBSERVATION VII

(MM. BÉRARD et CHALIER. *Lyon Chirurgical* 1909)

Prolapsus « étranglé »

Homme de 62 ans qui entré le 8 décembre 1909 à la Salle Saint-Louis, avec tous les signes d'un cancer du rectum, datant sans doute de plusieurs mois et dont le malade ne se plaignait que depuis quelques semaines. En raison de l'état général un peu précaire et de l'existence des phénomènes d'obstruction, on décide de pratiquer d'abord un anus contre nature. Celui-ci est établi à l'union du colon descendant et de l'S iliaque par le procédé de Maydl-Reclus avec l'adjonction des sutures pour fixer solidement le méso et l'intestin au péritoïne pariétal et aux téguments. Il fut ouvert au thermo seulement le surlendemain.

Le 9 janvier, amputation totale du rectum par la voie coccy-périnéale.

Le lendemain matin, en défaisant le pansement, on constate, au niveau de la colostomie, un prolapsus énorme qui s'est produit à travers l'orifice supérieur de l'anus et qui forme un boudin long de 20 centimètres, rougeâtre, turgescents, œdématisé, étranglé dans son orifice de sortie. Des malaxations très prudentes produisent des ecchymoses, voire même des hémorragies sous-muqueuses ou muqueuses sans obtenir la moindre réduction. Pour mettre fin à tout accident d'étranglement, on endort le malade au chlorure d'éthyle, on résèque le prolapsus à sa base par un procédé analogue à celui de Mékulicz et Segond pour les prolapsus du rectum. Dans le prolapsus a été entraînée une bonne partie du mésosigmoïde qui est réséqué également après hémostase. Le malade guérit parfaitement.

Un prolapsus purement muqueux de 3 à 4 centimètres persiste pendant quelques jours puis tout rentre dans l'ordre. Deux mois après, il ne subsiste pas traces de prolapsus.

OBSERVATION VIII

(MM. MALLET-GUY et HEITZ, in *Lyon médical* 1928)

Homme, 48 ans. — Entré au mois de novembre 1926 pour une fistule anale. Le malade avoue avoir eu la syphilis en 1897,

il aurait été soigné à cette époque, mais son traitement ne semble pas avoir été très énergique, ni prolongé.

Dans le courant de l'année 1926, il commence à présenter des troubles intestinaux, diarrhée persistante, deux à trois selles par jour accompagnées de glaires. La défécation n'est pas douloureuse ; il n'a jamais été constaté de sang dans ses matières. De plus, il est apparu à deux reprises un abcès de la marge de l'anus, dont il persiste la trace à l'heure actuelle, sous forme d'un orifice fistuleux.

Le toucher rectal, extrêmement douloureux, permet d'arriver, à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal, dans une région stéanosée, en entonnoir, qui se resserre de plus en plus vers le haut. Pendant deux mois on pratique des séances de diathermie en même temps qu'un traitement antispécifique est institué. Mais, devant le caractère rebelle du rétrécissement et devant la persistance des troubles, on se décide, le 1^{er} février 1927, à pratiquer un anus iliaque gauche. Une amélioration sensible se manifeste bientôt. Le toucher rectal devenu beaucoup moins douloureux, permet de sentir une zone d'induration beaucoup plus limitée.

Le malade quitte le service en mars 1927. Pendant un an environ, le fonctionnement de l'anus iliaque gauche est excellent et le malade ne présente aucun trouble. Mais au mois de février 1928, à la suite d'efforts de toux répétés, le malade constate que le bout inférieur de l'anus iliaque sort peu à peu par la plaie dans l'appareil de Reverdin, occasionnant de vives douleurs. Il entre à nouveau dans le service le 18 février 1928.

On constate la présence d'un volumineux prolapsus au niveau de l'anus iliaque dépassant d'au moins 15 centimètres la paroi abdominale. L'examen montre que ce prolapsus est constitué aux dépens du bout inférieur. Au-dessus et en dehors de la base du prolapsus, se voit l'orifice du bout supérieur de l'anse intestinale qui ne présente pas de prolapsus. Il faut noter, de plus, que la tête de l'évagination est sphacelée sur une longueur de plusieurs centimètres et que tout essai de réduction du prolapsus reste impossible. Par ailleurs, l'état du malade est satisfaisant. Il n'existe pas de signes péritonéaux, mais une poussée de température à 38°5.

Le 23 février 1928, le Professeur Bérard procède à la résection du boudin du prolapsus. Section de l'anse extérieure au

ras de la peau, section de l'anse intérieure au même niveau. Ligature du méso et fermeture à la soie de l'espace compris entre les deux bouts intestinaux. Fermeture provisoire à la soie du bout inférieur. Les suites opératoires sont parfaites ; on ne constate plus aucune tendance au prolapsus.

Le malade est revu en février 1929 ; le prolapsus semble s'être reconstitué aux dépens des deux bouts supérieur et inférieur avec prédominance sur le bout supérieur. En réalité, l'événtration a persisté, responsable de l'éversion des orifices intestinaux. Le malade n'est aucunement gêné, il n'a pas de douleurs, pas d'incontinence, la sortie des matières s'effectue normalement. Il refuse toute nouvelle intervention et quitte le service.

OBSERVATION IX

(MM. MALLET-GUY et E. MARTIN. *Journal de Chirurgie*.

Tome XXXIV, N° 3, septembre 1929)

Homme, 48 ans. — Entré salle Saint-Sacerdos, le 5 février 1926 pour des troubles de la défécation. Pas d'antécédents pathologiques spéciaux. L'affection actuelle aurait débuté il y a deux ou trois ans. Actuellement, syndrome fissuraire avec sang rouge dans les selles, qui sont déformées, rubanées. Au toucher rectal, à deux ou 3 centimètres de l'anus, tumeur bourgeonnante siégeant sur la paroi antérieure et postérieure du rectum, laissant le côté gauche indemne. Le doigt passe encore facilement, la tumeur a environ 2 centimètres de haut.

Le 13 février 1928, intervention (Professeur Bérard) : anus iliaque gauche définitif, à pont de crins suivant la méthode ordinaire. Bonnes suites opératoires, léger prolapsus muqueux.

Le 2 mars 1928 (Professeur Bérard), amputation périnéale du rectum. Suites opératoires normales. Le malade rentre chez lui avec un appareil de Reverdin.

Il revient le 17 octobre 1928, envoyé par son médecin, pour prolapsus étranglé de l'anus iliaque. Il raconte qu'il y a une semaine environ, dans un effort, il a vu se produire un prolapsus de son intestin, avec arrêt de l'écoulement des matières. Actuellement, depuis deux jours, l'écoulement des matières se

reproduit. On constate à l'examen l'existence d'un prolapsus étranglé de 15 centimètres de long.

Le 11 octobre 1928, intervention (Docteur Mallet-Guy) : résection du prolapsus qui ne peut être réduit ; hémostase du méso, fixation à la paroi du bout inférieur que l'on complète par un petit surjet sur l'éperon.

Le 20 octobre, il persiste un léger degré de prolapsus muqueux. Le malade part avec une ceinture simple.

OBSERVATION X

(QUÉNU in thèse de Géraud 1902)

Prolapsus de l'intestin à travers l'anus iliaque gauche. — Perforations des parois de l'intestin évaginé. — Mort par péritonite aigüe.

P. (Virginie), 45 ans. — Entrée le 31 janvier 1901, salle Richet.

Etat actuel. — A l'examen de l'anus on remarque que l'orifice présente des fissures multiples. Le toucher rectal est douloureux et permet de sentir à 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal une induration circulaire, des tractus fibreux indolores et rétrécissant le canal rectal. La paroi du rectum n'adhère pas aux organes voisins : opinion confirmée par le toucher vaginal. De l'interrogatoire de la malade, de la connaissance des antécédents pathologiques, il résulte qu'il s'agit d'un rétrécissement syphilitique du rectum. On conclut d'après les symptômes que l'indication opératoire est d'établir un anus iliaque.

Le 9 mars 1901, on établit un anus artificiel en deux temps dans la fosse iliaque gauche. L'évacuation des matières se fait normalement. Bientôt après la malade s'aperçoit que la muqueuse intestinale fait saillie au dehors. Ce prolapsus se produit deux fois, le 25 et 30 mars ; il est réduit chaque fois. La malade sort le 26 avril 1901 sans avoir présenté de nouveau de prolapsus. Elle rentre le 29 avril 1901 au soir avec un prolapsus considérable qu'elle tient dans ses mains et dont la muqueuse est rouge sombre, escoriée et sphacélée par places jusqu'à perforation. Elle raconte qu'ayant été atteinte à nou-

veau de prolapsus, elle aurait voulu réduire elle-même l'intestin et qu'une rupture des adhérences à la paroi permit l'issue de tout cet énorme prolapsus. Le pouls est à 120, la température à 36°2. Il existe des vomissements porracés, le fasciès est péritonéal, la malade en état de collapsus. Malgré les pansements aseptiques, les piqûres de caféine, d'éther et les injections de sérum, la malade meurt à deux heures de l'après-midi le lendemain 30 avril.

OBERVATION XI

(Gosset, in *thèse* de Mercier 1919)

Prolapsus étranglé avec hédrocèle

En janvier 1901, M. X. docteur en médecine a été opéré par M. Gosset, pour un rétrécissement du rectum. Vers le dix-huitième jour de l'opération qui avait pour but d'établir un anus iliaque gauche, à l'occasion de la descente d'un escalier que le malade fait sans être suffisamment bandé, il se produit un petit prolapsus de la muqueuse du bout supérieur de l'intestin. Ce prolapsus augmente peu à peu à cause de l'habitude qu'avait le malade d'accomplir ses fonctions dans la position assise. Il atteignit bientôt trois centimètres de longueur tout en restant aisément réductible. Le malade reprit ses occupations le trente-septième jour. Presque aussitôt, il fut atteint de grippe au cours de laquelle la toux amena une augmentation du prolapsus qui déjà se réduisit moins facilement. Lorsque les selles se faisaient dans la position horizontale le prolapsus sortait, mais se réduisait spontanément aussitôt après.

Au bout de 14 jours la grippe étant guérie, le malade retourna à Paris, mais il survient tout à coup des accidents péritonéaux très graves, caractérisés par des douleurs vives dans tout l'abdomen, de la constipation, du ballonnement, un plastron très accusé, un pouls à 120 et une température élevée 38°5 à 39°. Pendant la durée de cette complication, la ceinture qui comprimait l'anus contre nature fut supprimée à cause des douleurs qu'elle provoquait, aussi le prolapsus de l'intestin augmente-t-il beaucoup. A partir de ce moment, le malade ne se lève plus et le prolapsus qui rentrait autrefois après la défé-

cation cesse de rentrer, en même temps une ulcération se développe à sa partie supérieure. Peu à peu, le bout inférieur de l'intestin s'éverse également, il ne tarde pas en outre à se diriger en haut, croisant complètement le bout supérieur qui, lui, subit un mouvement en sens contraire. Ce phénomène de torsion se produisit brusquement sous le pansement de telle sorte que le malade n'a pas pu se rendre compte de son mécanisme exact.

Le prolapsus était très sensible à la palpation, il suffisait de le toucher du doigt ou de le mouiller avec un peu d'eau froide pour le voir aussitôt présenter des mouvements vermiculaires très intenses.

En octobre 1901, un nouvel accident se produisit, ce fut une accumulation de matières dans le cœcum extrêmement dilaté qui donna lieu à des accidents d'obstruction. Ceux-ci disparurent après plusieurs purgations.

En janvier 1902, le malade se lève deux fois à 8 jours d'intervalle, pendant une demi heure la première fois, et deux heures la seconde. Tout à coup dans la nuit du 27 au 28 janvier il a une selle vers 3 heures du matin, suivie d'un effort de défécation par l'anus naturel pour l'expulsion ordinaire du pus contenu dans le rectum, il fait un effort brusque pour changer lui-même l'alèze et éprouve au même moment des douleurs d'abord peu vives, puis peu après, intolérables au point d'émergence du prolapsus, lequel commence à se distendre énormément et à prendre une couleur plus foncée.

M. Gosset appelé aussitôt examine le malade à 9 heures du matin. Le prolapsus de l'intestin a beaucoup augmenté de volume et de longueur, il a environ 20 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre. Son aspect est celui d'un T, branche verticale excessivement courte. Les deux bouts de l'intestin situés sur la même ligne droite représentent la branche horizontale du T ; elle est de plus percée à chacune de ses extrémités d'un orifice en cul de poule dont le supérieur répond au bout inférieur et l'inférieur au bout supérieur de l'intestin. La coloration de la tumeur est rouge vineux comme celle de l'aubergine dont elle a la fermeté et l'aspect luisant. Fait remarquable et fort important, comme on le verra dans la suite, le ventre est souple partout. Il existe une douleur profonde et net-

te au niveau de l'anus contre nature, douleur analogue à celle qui a pour siège le pédicule des hernies étranglées. Un arrêt complet des matières et des gaz ainsi que des vomissements indique qu'il y a obstruction intestinale, mais que celle-ci, vu l'absence du ballonnement ne doit pas être produite par la sténose du gros intestin et semble plutôt être sous la dépendance d'une occlusion siégeant assez haut sur l'intestin grêle. L'opération est faite à quatre heures du soir par M. Gosset.

Après avoir aseptisé la région, la masse intestinale est entourée de compresses, puis on fait deux incisions curvilignes entourant à droite et à gauche le pédicule de la tumeur, c'est-à-dire l'ancien orifice de l'anus contre nature de façon à amener au dehors avec une colerette cutanée d'intestin adhérent. On ouvre le péritoine pariétal, on le repère avec des pinces à pression et on amène les anses intestinales adhérentes à la tumeur hors du ventre.

On voit alors que quatre bouts d'intestin pénètrent dans la tumeur à travers l'orifice abdominal établi autrefois pour faire l'anus contre nature, deux appartiennent à l'intestin grêle et deux au gros intestin. On remarque que l'S iliaque est très long. L'intestin grêle, s'engage complètement dans un orifice siégeant au niveau de l'ancien éperon dans lequel il est si serré qu'aucune traction ne peut l'en retirer. Son bout inférieur est flasque, le supérieur est distendu par les gaz ; il appartient à une portion très élevée de l'intestin, ce qui explique le peu de volume du ballonnement du ventre. Les deux bouts du gros intestin ne sont nullement distendus ; le bout inférieur est notablement atrophié.

En présence de ces lésions on pouvait suivre deux méthodes :

1° Libérer l'intestin grêle pincé en débridant les bords de l'orifice constricteur.

2° Enlever toute la masse comme une tumeur et remettre les choses en état.

M. A Gosset ne suit pas la première méthode parce qu'il suppose que l'intestin grêle peut être lésé (il est étranglé depuis douze heures) que le sac peut contenir des liquides septiques et qu'il a hâte de se débarrasser du prolapsus étranglé

et infecté. Le chirurgien coupe alors chacun des bouts de l'intestin entre deux pinces souples et enlève toute la masse.

Chacun des bouts supérieur et inférieur de l'intestin grêle est fermé par une double suture en surjet, puis les deux sont anastomosés latéralement. L'ouverture qui les fait communiquer est large de trois doigts. Les deux bouts vides, supérieur et inférieur du gros intestin rapprochés en canon de fusil maintenus fermés par des pinces sont attirés hors du ventre. Deux étages de suture pariéto-péritonéal et pariéto-musculaire unissent leurs parois à celles de l'abdomen puis la partie qui dépasse la peau est excisée et les lèvres en sont fixées à la peau.

Un pansement aseptique est appliqué.

Conclusions

I. — Le prolapsus constitue une complication fréquente de l'anus iliaque gauche. Nous étudierons le prolapsus total du bout inférieur.

II. — Il s'ajoute constamment à ce prolapsus une autre lésion dont la signification est très importante: une éventration en dôme.

III. — Le facteur pathogénique essentiel de ces grands prolapsus paraît être le port d'un appareil à poche genre Reverdin qui détermine par une sorte de ventousage, l'issue au dehors des tuniques intestinales.

IV. — Ces prolapsus iliaques gauches sont menacés des complications d'étranglement qui, en réalité, sont plus de l'ordre des lésions inflammatoires que de celui des complications mécaniques justifiant ce terme, peut-être impropre, de prolapsus étranglé. (Nous mettons évidemment à part les lésions toutes différentes d'hédrocèle étranglée.)

V. — Le traitement du prolapsus est essentiellement préventif et aux précautions de technique s'ajoutera la prohibition des appareils type Reverdin.

VI. — Le traitement curatif comporte une intervention de résection par la méthode extra-abdominale de M. le Professeur Bérard.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Janvier 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ALQUIER. — Des anus contre nature. (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1848).
- AMUSSAT. — *Mémoire sur l'anus contre nature lombaire*, Paris, 1839).
- BAUBY. — *Encyclopédie Léauté*.
- BÉRARD et CHALIER. — Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature. (*Lyon Chirurgical*, août 1909).
- BÉGIN. — Cliniques de Dupuytren.
- DESAULT. — *Journal de Chirurgie*, T. 1, p. 186 et 194.
- DUPUYTREN. — *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1828 et *leçons de chirurgie clinique* 1832.
- GÉRAUD, — Des complications de l'anus contre nature. (*Thèse de Paris*, 1902).
- HARTMANN. — Technique de l'anus contre nature. — *XII^e Congrès international de médecine* (Section de chirurgie générale 1900).
- JEANNEL. — *Chirurgie de l'intestin*.
- LE DENTU. — *Société anatomique*, octobre 1869. (*Revue de Chirurgie*, 1908).
- LE DENTU, DELBET. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*.
- MALLET-GUY et HEITZ. — Prolapsus étranglé et sphacélé d'un anus iliaque gauche. (*Société de Médecine et de Sciences médicales de Lyon*, mars 1928).
- MALLET-GUY et ETIENNE MARTIN. — Les grands prolapsus des anus iliaques gauche et leur complication d'étranglement. (*Journal de Chirurgie de Lyon*, septembre 1929).

- MERCIER. — Du prolapsus intestinal de l'anus contre nature et de ses complications. (*Thèse de Paris* 1919).
- PATEL et DELORE. — Traitement de l'anus contre nature. (*Revue de Chirurgie*, 1901, p. 667-791).
- POLLOSSON (M.). — *Thèse d'Agrégation*, Paris 1883.
- SABATIER. — Mémoires sur l'anus contre nature (*académie royale de Chirurgie*, 1774, T. V.).
- VERNEUIL RECLUS. — Des anus artificiels iliaques et lombaires. (*Premier congrès français de Chirurgie*, Paris, 1885. T. I, p. 431).
-

